Identificación del cliente			
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	OTRA INFORMACIÓN		

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Consentimiento
Consent

Aviso a los clientes: El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) puede ayudarle mejor si podemos colaborar con otras agencias y profesionales que los conocen a usted y a su familia. Al firmar este formulario usted otorga su permiso para que el DSHS y las agencias y las personas mencionadas a continuación utilicen e intercambien información confidencial referente a usted. El DSHS no puede negarle beneficios por no firmar este formulario, a menos que su consentimiento sea necesario para determinar su elegibilidad. Si no firma este formulario, el DSHS aún puede compartir información referente a usted, en la medida en que lo permite la ley. Si tiene preguntas sobre cómo el DSHS comparte información confidencial del cliente o sobre sus derechos de privacidad, consulte el aviso de prácticas de privacidad del DSHS o pregúntele a la persona que le dio este formulario.

Consentimiento

1. Otorgo mi consentimiento para el uso de información confidencial sobre mi persona para que el DSHS pueda planificar, proveer y coordinar servicios, tratamientos, pagos y beneficios para mí, así como para otros fines autorizados por la ley. También otorgo mi permiso al DSHS y a las agencias, los proveedores y las personas que se mencionan a continuación para que utilicen mi información confidencial y la intercambien con estos fines. La información puede ser compartida verbalmente, por medios electrónicos, por correo o por entrega en mano.

   Motivo de la divulgación: Esta información es necesaria antes de que el DSHS pueda compartir registros sobre drogas y alcohol y sobre salud mental. Si no llena este campo, el DSHS registrará que el motivo de la divulgación es por solicitud de usted.

   Marque a continuación todas las personas y organizaciones incluidas en este consentimiento, además del DSHS, e identifíquelas por nombre y dirección:

   - ☐ Proveedores de servicios de salud: _____
   - ☐ Proveedores de servicios de salud mental: _____
   - ☐ Proveedores de servicios para trastornos de consumo de sustancias: _____
   - ☐ Otros proveedores contratados por el DSHS: _____
   - ☐ Programas de vivienda: _____
   - ☐ Distritos escolares y universidades: _____
   - ☐ Departamento de Correccionales: _____
   - ☐ Departamento de Seguridad del Empleo y sus socios para servicios de empleo: _____
   - ☐ Administración del Seguro Social u otra agencia federal: _____
   - ☐ Ver la lista adjunta
   - ☐ Otro:

2. Motivo de la divulgación: ☐ Continuidad de la atención ☐ Legal ☐ Personal ☐ Otro:

3. Autorizo y consiento a que se compartan los siguientes registros e información (marque todos los que correspondan):
   - ☐ Todos mis registros de cliente ☐ Los registros en la lista adjunta
   - ☐ Sólo los siguientes registros
     - ☐ Historia familiar, social y laboral
     - ☐ Planes de tratamiento o atención
     - ☐ Registros de pagos
     - ☐ Evaluaciones individuales
     - ☐ Escuela, educación y capacitación
     - ☐ Información sobre atención de salud mental (especifique):
     - ☐ Información sobre servicios de salud (especifique):
     - ☐ Otros (indicar):

Identificación del cliente		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Recuerde: Si sus registros de cliente incluyen cualquiera de la siguiente información, debe además llenar esta sección para incluir estos registros:

Otorgo mi permiso para divulgar los siguientes registros (marque todos los que correspondan):

☐ Salud mental ☐ Resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos de VIH/sida y ETS

☐ Trastorno de consumo de sustancias

- **Este consentimiento es válido por un año o ☐ hasta _____ (fecha o suceso).**
- **Puedo revocar o cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información ya compartida.**
- **Entiendo que los registros compartidos bajo este consentimiento podrían ya no estar protegidos por las leyes de privacidad que se aplican al DSHS.**
- **Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para compartir registros.**

FIRMA		FECHA
FIRMA DEL TESTIGO / NOTARIO, SI CORRESPONDE	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO / NOTARIO	FECHA
FIRMA DEL PADRE/LA MADRE U OTRO REPRESENTANTE (SI CORRESPONDE)	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	FECHA

Si no soy la persona a la que se refieren los registros, tengo autorización para firmar dado que soy: (anexar comprobante de autoridad)

☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal (adjuntar orden judicial) ☐ Representante personal ☐ Otro:

Aviso a los destinatarios de información: **Si estos registros contienen información sobre VIH, ETS o sida, es posible que ya no pueda difundir dicha información sin el permiso específico del cliente.** Si ha recibido información relacionada con **abuso de drogas o alcohol** por parte del cliente, debe incluir la siguiente declaración cuando se divulgue más información de acuerdo a 42 CFR 2.32:

Esta información ha sido divulgada a usted desde registros protegidos por las leyes de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las Leyes federales le prohíben divulgar a su vez esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o que de otra manera esté permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o para llevar a juicio a cualquier paciente que consuma drogas o alcohol.

Instrucciones para contestar los formularios de consentimiento, DSHS 14-012

Uso: Use este formulario cuando necesite consentimiento para usar o divulgar continuamente información confidencial sobre un cliente dentro del DSHS o para divulgar esa información a otras agencias con el fin de coordinar servicios o para tratamientos, pagos u operaciones de la agencia, o con otros fines reconocidos por la ley.

Llene este formulario de manera electrónica, si es posible. Debe llenar **un formulario separado para cada persona, incluidos niños.**

Partes del formulario:

IDENTIFICACIÓN:

- Nombre: Escriba el nombre de un solo cliente en cada formulario. Incluya todos los nombres que el cliente haya usado antes para recibir servicios.
- Fecha de nacimiento: Necesaria para distinguir al cliente de personas con nombres similares.
- Número de identificación: Proporcione un número de identificación de cliente u otro identificador, como un número de seguro social (no obligatorio) para ayudar a la identificación de los registros y para dar seguimiento a la historia y los servicios recibidos.
- Otro: Incluya en este cuadro toda la información adicional que pueda ayudar a localizar registros, como las partes del DSHS que participaron en los servicios, nombres de familiares, y otros datos pertinentes.

CONSENTIMIENTO (AUTORIZACIÓN):

- Motivo de la divulgación: Esta información es necesaria antes de que el DSHS pueda compartir registros sobre drogas y alcohol y sobre salud mental. Si no llena este campo, el DSHS registrará que el motivo de la divulgación es por solicitud de usted.
- Agencias o personas que intercambian registros: Este formulario contestado permite: (1) el uso y la divulgación de información confidencial dentro del DSHS y con las agencias y personas mencionadas; y (2) la divulgación de información confidencial al DSHS por parte de las agencias o personas externas mencionadas. También puede adjuntar una lista de agencias que tienen permitido compartir información, que también debe estar firmada por el cliente.
- Información incluida: Los clientes deben indicar qué registros están cubiertos por el consentimiento. Los clientes pueden permitir el acceso a todos los registros, o pueden limitar los registros incluidos por fecha, tipo o fuente del registro. Si un cliente no firma un consentimiento o no especifica un registro en particular, aún se podrá compartir ese registro si lo permite la ley. También puede adjuntar una lista de registros cubiertos, que también debe estar firmada por el cliente. Si estos registros incluyen información relacionada con la salud mental (RCW 71.05.620), exámenes o tratamiento de VIH/sida o ETS (RCW 70.02.220, o servicios para tratar la drogadicción o el alcoholismo (42 CFR 2.31(a)(5)), el cliente debe marcar específicamente estas áreas para dar su permiso para compartir estos registros. Este formulario no tiene validez para incluir notas de psicoterapia en los términos de 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) y debe llenarse un formulario por separado para incluir esos registros.
- Duración: Incluya una fecha de expiración para el consentimiento si su duración será distinta a un año. El consentimiento expirará en un año si no identifica una fecha diferente.
- Comprensión: Asegúrese que el cliente entienda que permisos está otorgando y explique cómo y por qué se compartirá la información. Si es necesario, utilice un formulario traducido y un intérprete o lea el formulario en voz alta. Si el cliente necesita más información, proporcione una copia adicional del aviso de prácticas de privacidad del DSHS o dirija al cliente al funcionario de divulgación pública de su unidad.

FIRMAS:

- Cliente: Pida al cliente o al menor de edad que sea mayor a la edad de consentimiento (13 años para salud mental y servicios por drogas y alcohol; 14 años para información sobre sida y otras ETS; cualquier edad para anticonceptivos y abortos; 18 años para registros de salud y de otros tipos) que firme este cuadro y escriba la fecha de la firma. El cliente puede sustituir la firma con una marca en este cuadro, si usted es testigo.
- Testigo o notario: Podría ser necesario que un testigo o notario verifique la identidad del cliente si este no presenta este formulario en persona o si un programa solicita la verificación. Esta persona debe firmar y escribir su nombre con letra de molde.
- Padre, madre u otro representante: Si el cliente es menor a la edad de consentimiento, un padre, madre o tutor debe firmar. Si el menor de edad no ha cumplido la edad de consentimiento para todos los registros a compartir, tanto el menor como los padres deben firmar. Si el cliente ha sido declarado legalmente incompetente, el tutor designado por la corte debe firmar y entregar una copia de la orden de designación. Si alguien más firmará en otra capacidad (como una persona con poder notarial o un albacea), marque “otro” y proporcione una copia de la autorización para actuar. La persona que firma debe fechar su firma y proporcionar un número de teléfono o su información de contacto.